

# Uwarunkowania funkcjonowania szpitali we współczesnej Europie ze szczególnym uwzględnieniem zasobów kadrowych

Katarzyna Dubas<sup>1</sup>, Alicja Domagała<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

<sup>2</sup> Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

*Adres do korespondencji:* Katarzyna Dubas, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, Katarzyna.Dubas@10g.pl

## ■ Abstract

### The European hospitals' functioning determinants with special emphasis on the human resources issue

The aim of the article is to present the scope of determinants influencing hospitals' functioning in contemporary Europe with emphasize put on the health sector human resources issue. Multiplicity of the functions realized by the hospitals units relates to the plurality of determinants which influence their present situation as well as long-term transformation processes. The determinants can be categorized into three main groups: these related to the demand side of the hospital services, their supply and determinants being the results of the social and economic changes. Regardless of the differences existing between health systems in specific countries – all European countries are facing similar problems of increasing health care costs, strong need of efficiency improvement and deficits of medical staff. In case of the hospital sector the key issue is number of beds reduction and transformation of the hospitals' organizational form.

**Key words:** health care costs, hospitals, health care reform, hospital services, human resources for health

**Słowa kluczowe:** koszty opieki zdrowotnej, szpitale, reforma opieki zdrowotnej, usługi szpitalne, zasoby ludzkie systemu zdrowotnego

## ■ Wprowadzenie

O ile rozwój funkcjonowania zinstytucjonalizowanego systemu ochrony zdrowia przypisywany jest najczęściej do okresu przełomu XIX i XX wieku, to początków szpitalnictwa niektórzy autorzy doszukują się już w starożytności. We współczesnej Europie, podobnie jak w ciągu całej nowożytnej historii, szpitale ulegają nieustannej ewolucji i dostosowują się do zmieniającego się otoczenia. Żadna instytucja systemu ochrony zdrowia nie funkcjonuje bowiem w izolacji, lecz pozostaje w nieustannej interakcji z pozostałymi elementami systemu. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie zakresu czynników determinujących funkcjonowanie współczes-

nych szpitali europejskich oraz wskazanie przykładów działań rekomendowanych do realizacji w ramach polskiego sektora szpitalnictwa. Szczegółnej analizie poddano uwarunkowania dotyczące kadr medycznych jako głównych zasobów systemu, determinujących dostępność i jakość usług medycznych.

Systemy opieki zdrowotnej w Europie stoją obecnie przed licznymi wyzwaniami: wydłuża się długość życia, nowe technologie podnoszą zakres i jakość świadczeń zdrowotnych, zwiększająca się świadomość mieszkańców/pacjentów powoduje wzrost oczekiwań dotyczących dostępu do możliwie najlepszej opieki medycznej. Opieka zdrowotna stanowi jeden z największych sektorów gospodarki Unii Europejskiej, zapewniając pracę aż 10%

<p style="text-align: center;"><b>Opieka nad pacjentem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tryb stacjonarny, ambulatoryjny, dzienny</li> <li>• usługi ratownictwa medycznego</li> <li>• rehabilitacja</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>Kształcenie kadr medycznych</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• przed- i podyplomowe</li> <li>• zawodowe</li> <li>• programy edukacji ciągłej</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Prowadzenie badań naukowych</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• badania podstawowe i kliniczne</li> <li>• badania w obszarze usług zdrowotnych</li> <li>• badania edukacyjne</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Wsparcie systemu ochrony zdrowia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• źródło profesjonalnego doradztwa</li> <li>• ośrodek przejmujący pacjentów wykraczających poza możliwości podstawowej opieki zdrowotnej</li> </ul>	
<p style="text-align: center;"><b>Rola pracodawcy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wewnątrz szpitala (kadra medyczna i niemedyczna)</li> <li>• na zewnątrz szpitala (dostawcy, dział usług transportowych)</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Funkcje społeczne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dostarczyciel usług socjalnych</li> <li>• symbol polityczny</li> <li>• ośrodek lokalnej samorządności</li> </ul>

**Tabela I.** Zakres funkcji współczesnego szpitala.

Źródło: Zestawienie własne na podstawie: McKee M., Healy J., *Hospitals in changing Europe*, European Observatory on Health Care Systems, WHO 2002: 60.

pracowników Unii Europejskiej [1]. Podstawę każdego systemu ochrony zdrowia stanowią szpitale. Szacuje się, iż sektor szpitalnictwa w Europie pochłania średnio około 50% całkowitych krajowych wydatków na ochronę zdrowia – wartość ta waha się w poszczególnych krajach w przedziale 35–70%, z największym udziałem w krajach Europy Środkowej i Wschodniej [2]. W przypadku szpitali ogromną rolę odgrywa poziom rozwoju sektora usług opiekuńczych, jak również współpraca z podstawową opieką zdrowotną. Szpitale stanowią także dominujący ośrodek zatrudnienia kadry medycznej w Europie – szacuje się, iż zatrudniają one niemalże połowę lekarzy i ¾ personelu pielęgniarskiego [3].

Dostarczanie usług medycznych i opieka nad pacjentem to podstawowa rola realizowana przez każdy szpital. Jednakże kompleksowy zakres funkcji pełnionych przez współczesne szpitale europejskie jest znacznie bardziej rozbudowany (zob. **Tabela I**).

Pomimo iż nadrzędną rolą szpitali jest dostarczanie usług w trybie stacjonarnym, nie można zapominać, że są w nich także udzielane świadczenia z zakresu specjalistyki ambulatoryjnej, rehabilitacji oraz ratownictwa medycznego. Kształcenie kadr medycznych i prowadzenie badań naukowych to kolejne, niezwykle ważne dziedziny działalności szpitali. Pomimo rosnącej w ostatnich latach roli podstawowej opieki zdrowotnej i nacisku na udzielanie jak największej liczby świadczeń w trybie ambulatoryjnym, szpitale–kliniki pozostają podstawą systemu edukacji kadr medycznych.

Sektor szpitalnictwa konsumuje największy odsetek całkowitych wydatków zdrowotnych, stąd też znajduje się w centrum zainteresowania polityków i decydentów podejmujących działania reformatorskie. Szpitale stanowią tym samym źródło profesjonalnego doradztwa, jak również element wiążący podstawową opiekę zdrowotną z wyższymi poziomami referencyjnymi systemu ochrony zdrowia. Niezależnie od typu szpitala (ogólny/specjalistyczny, publiczny/prywatny, *for-profit/non-profit*) oraz

jego wielkości – zawsze stanowi on ośrodek odniesienia dla wszelkich zmian i procesów zachodzących w ramach sektora zdrowotnego.

Współczesne szpitale pełnią jeszcze dwie, często niedoceniane, pomimo iż ważne funkcje – są liczącym się pracodawcą oraz pełnią wiele funkcji społecznych, co jest szczególnie istotne w przypadku mniejszych, lokalnych szpitali stanowiących główne źródło zatrudnienia mieszkańców. Likwidacja czy też próba restrukturyzacji takiego szpitala wiążąca się z redukcją zatrudnienia może pociągać za sobą poważne konsekwencje społeczno-ekonomiczne. Szczególnie widoczne jest to w krajach z silnie zdecentralizowanymi systemami ochrony zdrowia, w których władze samorządowe są w dużym stopniu niezależne w kreowaniu lokalnej polityki zdrowotnej, a ich decyzje mają często wymiar polityczny i mogą być podejmowane pod wpływem presji społecznej.

## Determinanty procesu zmian w sektorze szpitalnictwa

Zakres funkcji pełnionych przez współczesne szpitale odzwierciedla bogactwo wzajemnych zależności, w jakich pozostają one z różnymi elementami otaczającego je środowiska. Proces nieustannych zmian następujących w otoczeniu szpitala wywiera na niego presję podjęcia działań adaptacyjnych. Czynniki oddziałujące na funkcjonowanie współczesnych szpitali można sklasyfikować na te występujące po stronie popytowej, podażowej oraz będące wynikiem większych przemian społeczno-ekonomicznych (zob. **Tabela II**).

W zakresie uwarunkowań wpływających na **stronę popytową** funkcjonowania szpitali na pierwszym miejscu wymieniania się zmiany demograficzne. Spadek współczynnika dzietności wraz z wydłużaniem się średniej długości życia wywołał postępujący proces starzenia się społeczeństw. Zgodnie z danymi Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) odsetek populacji

Strona popytowa	Strona podażowa	Przemiany społeczno-ekonomiczne
Zmiany demograficzne <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spadek współczynnika dzietności</li> <li>• Proces starzenia się społeczeństw</li> <li>• Migracja ludności</li> </ul>	Rozwój technologii i wiedzy medycznej <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dostępność nowych technologii medycznych (np. rozwój telemedycyny)</li> <li>• Rozwój wiedzy klinicznej (np. terapia genowa)</li> </ul>	Presja ograniczania kosztów <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nacisk na podniesienie efektywności funkcjonowania szpitali</li> </ul>
Zmiany wzorców chorobowych <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zmiany czynników ryzyka</li> <li>• Pojawienie się nowych chorób</li> <li>• Problematyka zakażeń wewnątrzszpitalnych i antybiotykoodporności</li> </ul>	Zasoby kadr medycznych <ul style="list-style-type: none"> <li>• Migracja kadry medycznej (funkcjonowanie międzynarodowych zespołów pracowniczych)</li> <li>• Nacisk na programy edukacji ciągłej (proces „uczenia się przez całe życie”)</li> </ul>	Umieźdzynarodowienie systemów ochrony zdrowia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wpływ prawa Unii Europejskiej na krajowe systemy ochrony zdrowia</li> </ul>
Oczekiwania społeczne <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wzrost oczekiwań społecznych w stosunku do jakości i dostępności świadczeń</li> </ul>		Globalny rynek działań badawczo-rozwojowych <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konkurencja na rynku badań klinicznych</li> <li>• Działalność międzynarodowych koncernów farmaceutycznych</li> </ul>

**Tabela II.** Czynniki oddziałujące na procesy zmian zachodzących w szpitalach w Europie.

Źródło: Zestawienie własne na podstawie: McKee M., Healy J., *Hospitals in changing Europe*, European Observatory on Health Care Systems, WHO 2002: 36–52.

powyżej 65. roku życia waha się w Europie od 11% w Irlandii do 19% we Włoszech, a w okresie do 2050 roku wartość ta ulegnie co najmniej podwojeniu [4]. Problematyka wzrostu liczby osób starszych od wielu już lat znajduje się w centrum zainteresowania decydentów polityki zdrowotnej. Jak wskazują badania, osoby starsze są głównymi odbiorcami usług szpitalnych – są do nich przyjmowane znacznie częściej niż osoby młode oraz przebywają w szpitalu większą liczbę dni. Szacuje się, iż osobom powyżej 65. roku życia można przypisać połowę pracy szpitali, mierzonej liczbą osobodni [3]. Ma to z jednej strony wpływ na wzrost kosztów generowanych przez szpitale, a z drugiej na potrzebę zmiany struktury całego systemu leczenia stacjonarnego poprzez rozbudowę sektora usług opiekuńczych. Osoby starsze często trafiają do szpitali nie w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia, lecz z powodu potrzeby stałej opieki, która mogłaby być im zapewniona np. w zakładach opiekuńczo-leczniczych bądź domach opieki pielęgniarstwa. Próba reakcji na te uwarunkowania jest obserwowany w Europie od początku lat 80. XX wieku trend spadku liczby łóżek szpitalnych, któremu towarzyszy wzrost liczby miejsc w zakładach o charakterze opiekuńczym, jak również rozbudowa różnych form opieki domowej.

Zmiany demograficzne dotyczą nie tylko populacji mieszkańców/potencjalnych pacjentów, zjawisko starzenia obserwujemy także w odniesieniu do zasobów kadrowych systemu. Rośnie średnia wieku osób zatrudnionych w systemie, duża część personelu zbliża się do wieku emerytalnego, w przyszłości potrzebna będzie więc odpowiednia liczba nowych pracowników, aby zastąpić tych odchodzących z sektora. Według Komisji Europejskiej kluczem do utrzymania właściwej liczby personelu ochrony zdrowia w obliczu zbliżającego się

okresu przechodzenia na emeryturę pokolenia wyżu demograficznego jest kształcenie, zatrzymywanie i zatrudnianie młodych pracowników przy równoczesnym inwestowaniu w starszych pracowników [6].

Do grupy czynników o charakterze demograficznym, mających wpływ na funkcjonowanie współczesnych szpitali, zalicza się także problematykę migracji ludności. Z jednej strony jest to przemieszczanie się pacjentów, a z drugiej profesjonalistów medycznych. Szpitale europejskie XXI wieku muszą być przygotowane na różnorodność potrzeb kulturowych i językowych migrujących grup ludności, np. wielojęzyczne informacje dla pacjentów czy też uwzględnienie ich tradycji religijnych w zakresie stosowanej diety.

Drugim działem czynników wpływających na funkcjonowanie współczesnych szpitali w obrębie popytu na ich usługi są zmiany wzorców chorobowych. Wraz z rozwojem cywilizacyjnym ogromnym zmianom ulegają zasady stylu życia ludności, jak również uwarunkowania otaczającego środowiska. Zmiany wzorców dietetycznych społeczeństw, poziom rozpowszechnienia palenia tytoniu czy też konsumpcji alkoholu, jak również stopień aktywności fizycznej to podstawowe czynniki ryzyka najważniejszych chorób cywilizacyjnych, do których zalicza się przede wszystkim: choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzycę i astmę. Obserwacja trendu rozpowszechnienia czynników ryzyka pozwala oszacować zapotrzebowanie na usługi szpitalne w przyszłości. Niezwykle ważnym elementem oddziałującym na stronę popytową funkcjonowania szpitali jest także pojawianie się nowych chorób bądź też swego rodzaju „reaktywacja” i wzrost zagrożenia znanymi już przypadkami. W ostatnich latach duży wpływ na funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia na całym świecie miało pojawianie się

nowych chorób, jak np. SARS (ciężki ostry zespół oddechowy, ang. *severe acute respiratory syndrom*), zarażenie wirusem ptasiej (H5N1) oraz świńskiej (AH1N1) grypy, czy też wykryte niemalże trzy dekady temu i wciąż nieuleczalne zarażenie wirusem HIV (ludzki wirus niedoboru odporności, ang. *human immunodeficiency virus*). Wśród „starych” chorób, których rozpowszechnienie w ostatnich latach znacząco rośnie, należy wymienić gruźlicę oraz malarię.

Niezwykle ważnym problemem, odnoszącym się w sposób bezpośredni do funkcjonowania szpitali, jest kwestia zakażeń wewnątrzszpitalnych. Szacuje się, iż w Europie średnio 10% pacjentów przyjmowanych do szpitala ulega w nim zakażeniu na skutek przeprowadzanych tam procedur. Zakażenia wewnątrzszpitalne nie tylko stanowią zagrożenie dla pacjentów, lecz także znacząco podnoszą koszty usług szpitalnych – pacjent ze zdiagnozowanym zakażeniem (spowodowanym pobytem w szpitalu i/lub wykonywanymi tam procedurami) spędza statystycznie w szpitalu dwukrotnie dłuższy okres [3]. Problematyka ta jest silnie związana ze stanowiącą coraz większe zagrożenie kwestią rosnącej antybiotykoodporności. Szerokie i często niekontrolowane zastosowanie antybiotyków w ciągu ostatnich dekad doprowadziło do wytworzenia nowych szczepów bakterii, odpornych na dotychczas stosowane środki. Pociąga to za sobą nagłą potrzebę wprowadzenia w sektorze szpitalnictwa, jak również przez wszystkich innych świadczeniodawców usług zdrowotnych, odpowiednio zaprojektowanych, wdrażanych i kontrolowanych procedur przepisywania antybiotyków.

Ostatnią wreszcie grupę uwarunkowań, z zakresu czynników kształtujących popyt na usługi szpitalne, stanowią rosnące oczekiwania społeczne. Chodzi tu nie tylko o społeczną presję na podniesienie jakości i dostępności samych procedur medycznych, lecz także podniesienie komfortu pobytu pacjenta w szpitalu (sale jednoosobowe, osobisty „opiekun” medyczny, nieograniczone kontakty z rodziną). Rozwój społeczno-ekonomiczny pociąga za sobą wzrost oczekiwań pacjentów m.in. w kontekście powiększenia zakresu ich praw, wyznaczenia poziomu jakości usług, za jaki są skłonni płacić, bądź to w systemie prywatnym, bądź poprzez uczestnictwo w publicznej służbie zdrowia. Współczesne szpitale muszą podążać w kierunku ciągłej poprawy jakości (*continuous quality improvement*) – wdrażać strategie oceny i zarządzania jakością.

Wpływ na kształtowanie się **podażi usług szpitalnych** mają dwie grupy czynników. Pierwszą z nich stanowią uwarunkowania wynikające z rozwoju technologii i wiedzy medycznej. Ogromny postęp technologiczny ostatnich lat umożliwił usprawnienie wielu procedur medycznych oraz wprowadzenie zupełnie nowych, dotychczas nieosiągalnych (postępy w transplantologii, neurochirurgii). Wiele zabiegów, które w przeszłości wymagały kilkudniowego pobytu w szpitalu, obecnie wykonywanych jest w ramach tzw. chirurgii jednego dnia<sup>1</sup>, a stany chorobowe, które wymagały hospitalizacji, mogą być teraz monitorowane dzięki nowoczesnym osiągnięciom technologicznym (rozwój telemedycyny i usprawnienie

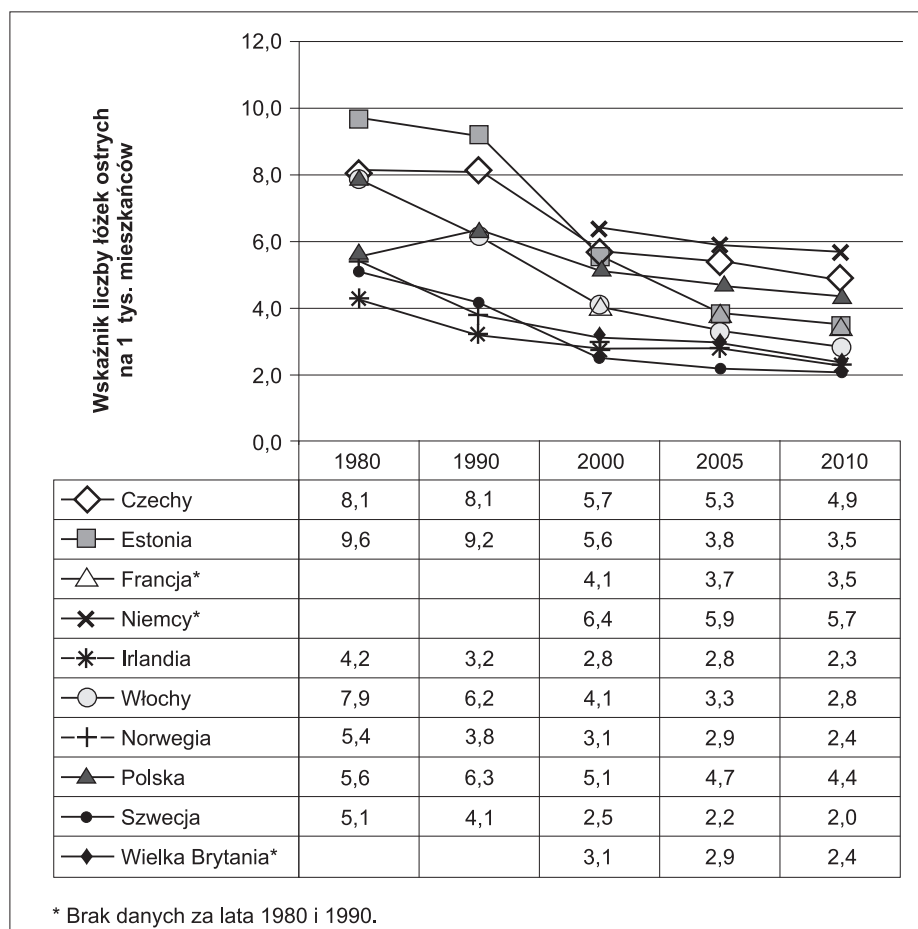
narzędzi diagnostycznych, które pacjenci mogą obsługiwać samodzielnie i przysłać wynik lekarzowi z wykorzystaniem Internetu). W perspektywie krótkoterminowej nowe technologie, takie jak telemedycyna, mogą zapewnić świadczenie usług lepszej jakości w regionach oddalonych od szpitala oraz tam, gdzie brakuje personelu medycznego. Wprowadzenie nowych technologii wymaga jednak odpowiedniego przeszkolenia pracowników. Poza tym konieczne jest, aby personel medyczny zaakceptował wdrożenie nowych technologii, co może czasami kolidować z utartymi metodami i procedurami pracy.

Również zasoby wiedzy medycznej ulegają nieustannemu rozwojowi. Terapia genowa, postępy w badaniach nad wykorzystaniem komórek macierzystych, czy też osiągnięcia w zakresie opracowania nowych szczepionek to tylko nieliczne przykłady uwarunkowań wpływających na kształtowanie się podaży usług szpitalnych.

Zmiany demograficzne zachodzące w Europie oddziałują nie tylko na stronę popytową sektora szpitalnictwa, lecz także na podaż jego usług. W ostatnich latach obserwuje się silny trend migracji kadry medycznej. W krajach, gdzie występują deficyty profesjonalistów medycznych, powszechnym zwyczajem staje się rekrutowanie ich z zagranicy. Prowadzi to do sytuacji, w której kadra medyczna danego szpitala może mieć międzynarodową strukturę, charakteryzować się różnymi tradycjami kulturowymi, a także różnym poziomem kompetencji. Zjawisko to, wraz z opisanym wcześniej szybkim rozwojem technologii i wiedzy medycznej, rodzi potrzebę ustawicznego doskonalenia zawodowego pracowników sektora zdrowotnego. Szpitale, jako główne ośrodki zatrudnienia kadry medycznej, powinny brać czynny udział w inicjowaniu, konstruowaniu i wdrażaniu różnego rodzaju programów edukacyjnych typu kształcenia ustawicznego (ang. *life-long learning*).

Zgodnie z postulatami Komisji Europejskiej (KE) szczególnie nacisk należy położyć na działania, które mają na celu wzmocnienie edukacji kadr medycznych, zarówno na poziomie kształcenia przeddyplomowego, jak i kształcenia ustawicznego. Dużą uwagę zwraca się także na jakość procesu edukacji przyszłych kadr medycznych oraz dostosowanie zakresu treści programowych do faktycznych potrzeb zawodu [5].

Obok uwarunkowań występujących po stronie popytu i podaży usług szpitalnych na funkcjonowanie współczesnych szpitali mają także wpływ liczne uwarunkowania, które można umiejscowić w ramach **przemian społeczno-ekonomicznych**. Presja ograniczania kosztów opieki zdrowotnej bez wątpienia stanowi jeden z najważniejszych czynników tego problemu. W ciągu ostatniego pięćdziesięciolecia średnie wydatki na ochronę zdrowia, mierzone ich udziałem w produkcie krajowym brutto (PKB), w grupie krajów OECD wzrosły ponaddwukrotnie – z niecałych 4% PKB w 1960 roku do ponad 9% PKB w 2007 roku [6]. Wraz ze wzrostem nakładów nastąpiło zwiększenie zainteresowania efektywnością ich wykorzystania w odniesieniu do całego sektora zdrowotnego, jak i poszczególnych jego elementów. Szpitale konsumują średnio około 50% całkowitego budżetu opieki zdrowotnej. Szacuje się, iż w okresie 1980–2004 wydatki na



**Wykres 1.** Wskaźnik liczby łóżek ostrych w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców w wybranych krajach europejskich.

Źródło: Zestawienie własne na podstawie OECD Health Data 2012.

szpitalnictwo *per capita* mierzone parytetem siły nabywczej dolara wzrosły we wszystkich krajach „starej Unii” – przykładowo, w Niemczech z 320 do 1040 dol., w Danii z 570 do 870 dol., a we Francji z 340 do 1070 dol. [4].

Presja podniesienia efektywności technicznej i kosztowej oraz kontroli całkowitego budżetu przy jednoczesnej dbałości o jakość świadczonych usług jest więc w przypadku szpitali wyjątkowo silna. W wielu krajach europejskich podejmowane są próby ograniczania kosztów sektora szpitalnictwa m.in. poprzez wprowadzanie innowacyjnych metod finansowania. Oparte na amerykańskim wzorze DRG (*diagnose-related groups*) metody rozliczania świadczeń szpitalnych według jednorodnych grup pacjentów zostały w latach 90. XX wieku wprowadzone w 11 krajach Unii Europejskiej [4] (w Polsce system JGP wprowadzono 1 lipca 2008 roku). Rozwój metod tzw. płacenia za wyniki (m.in. *PbR* – *payment by results* wprowadzone przez angielską NHS już w 2004 roku) sprawia, iż coraz większego znaczenia nabiera pomiar rezultatów działalności szpitali.

W kontekście zahamowania wzrostu kosztów sektora szpitalnictwa główne znaczenie ma obserwowany w większości krajów europejskich silny trend redukcji

liczby łóżek szpitalnych. W ciągu ostatnich trzech dekad liczba łóżek szpitalnych w większości krajów europejskich uległa znacznemu obniżeniu. **Wykres 1** przedstawia zmianę wartości wskaźnika liczby tzw. łóżek ostrych w przeliczeniu na jeden tys. mieszkańców w wybranych krajach europejskich, w okresie 1980–2010.

Spadkowi liczby łóżek ostrych (jak również liczby łóżek szpitalnych ogółem) towarzyszyło skrócenie średniego czasu pobytu pacjentów oraz rozbudowa sektora usług opiekuńczych. Szacuje się, iż w latach 1980–2004 średnia długość pobytu pacjenta w szpitalu w krajach Unii Europejskiej spadła z 11 do poniżej 7 dni [4]. Rola szpitala w ramach systemu ochrony zdrowia ulega zmianie, a znaczna część usług dostarczanych uprzednio przez szpitale została przeniesiona do sektora podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistyki ambulatoryjnej i opieki długoterminowej, sprawowanej tak w wyspecjalizowanych instytucjach, jak i na zasadach opieki domowej.

Próba odpowiedzi na rosnące koszty sektora zdrowia są także postępujące procesy decentralizacji systemów opieki zdrowotnej oraz częściowo powiązany z nimi trend zwiększania autonomii i przekształcania struktur zarządczych jednostek szpitalnych. Procesy te są związa-

ne z nurtem tzw. nowego zarządzania publicznego (*new public management*), a więc ukierunkowania działalności organizacji publicznych na zwiększanie efektywności i skuteczności oraz podniesienie wagi orientacji na klienta. Koncepcja nowego zarządzania publicznego zasadniczo zmienia spojrzenie na zadania państwa, które funkcję organizatora systemu ochrony zdrowia powinno zastąpić funkcją koordynatora, rozumianą jako kształtowanie warunków, w których usamodzielnione zakłady opieki zdrowotnej, a więc także szpitale, mogą podejmować decyzje oparte na rachunku ekonomicznym. W literaturze przedmiotu wyróżnia się siedem podstawowych zasad nowego zarządzania publicznego [7], które można odnieść także do sektora szpitalnictwa. Są to:

- przekazanie władzy w organizacji menedżerom, specjalistom od zarządzania przy jednoczesnym ograniczeniu roli profesjonalistów reprezentujących określone zawody;
- wprowadzanie standardów i mierników działalności;
- orientacja na wyniki;
- dezagregacja dużych organizacji publicznych i ich podział na mniejsze pogrupowane funkcyjnie jednostki;
- wprowadzanie mechanizmu konkurencji;
- nacisk na styl zarządzania praktykowany w sektorze prywatnym;
- orientacja na dyscyplinę i kontrolę kosztów.

Podstawowe korzyści związane z ideą nowego zarządzania publicznego, jak i decentralizacją sektora zdrowia to większa elastyczność działania, możliwość szybszej reakcji na zmiany w otoczeniu, jak również większa skłonność do innowacji i przedsiębiorczości [8].

Niezależnie od roli przypisanej idei nowego zarządzania publicznego w ochronie zdrowia niezaprzeczalny jest fakt wzrostu udziału sektora prywatnego w podaży usług, jak również znaczenia komercjalizacji oraz partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP) w sektorze szpitalnictwa w Europie. Przykładowo w Portugalii, począwszy od 2003 roku, znaczną część publicznych szpitali przekształcono w spółki zarządzane na zasadach komercyjnych. Państwo pozostaje tu głównym udziałowcem, jednakże szpitale posiadają znaczną finansową i administracyjną autonomię oraz niezależny zarząd, który ponosi odpowiedzialność za wyniki jednostki [4]. Razem ze zmianą formy organizacyjno-prawnej funkcjonowania szpitali zainicjowano proces budowy nowych jednostek na zasadach PPP. Podobne trendy reformatorskie występują w Hiszpanii, a klasycznym przykładem jest tutaj Wielka Brytania, w której przypadku na przestrzeni ostatniego dwudziestolecia na zasadach PPP wybudowano ponad 50 szpitali, a kolejnych 30 jest w trakcie budowy. Szacuje się, iż według stanu na rok 2006 niemalże 46% łóżek szpitalnych w Niemczech oraz 34% we Francji przypadało na sektor prywatny, przy czym w pierwszym przypadku dominowały jednostki typu *non-profit*, a w drugim *for-profit* [4, 9]. Jako że procesy komercjalizacji i/lub prywatyzacji postępują, należy przypuszczać, iż wzrost udziału sektora prywatnego w podaży usług szpitalnych będzie nadal się zwiększał.

Opisując problematykę przekształceń formy organizacyjno-prawnej funkcjonowania szpitali, niezwykle ważne jest rozróżnienie celów i znaczenia takich właśnie zmian na poziomie mikro, a kształtowania optymalnych warunków systemowych na poziomie makro. W literaturze przedmiotu podkreśla się, iż szeroko pojęte przekształcenia organizacyjne szpitali mogą służyć przede wszystkim poprawie technicznej efektywności ich funkcjonowania. Jeśli celem reform jest natomiast poprawa dostępności świadczeń szpitalnych oraz efektywności alokacyjnej w skali makro – niezbędne jest podjęcie działań kształtujących właściwe warunki otoczenia oraz układ bodźców systemowych [10, 11]. Kompleksowa analiza uwarunkowań funkcjonowania szpitali we współczesnej Europie powinna obejmować także analizę specyfiki funkcjonowania poszczególnych krajowych systemów ochrony zdrowia, jednakże ze względu na obszerność tego zagadnienia nie jest to możliwe na łamach niniejszego artykułu.

W zakresie przemian społeczno-ekonomicznych oddziałujących na funkcjonowanie szpitali w Europie coraz większego znaczenia nabiera umiędzynarodowienie systemów ochrony zdrowia. Terminem tym określa się wiele przemian następujących w krajowych systemach zdrowotnych, wywołanych rozwojem prawodawstwa Unii Europejskiej. Pomimo iż ochrona zdrowia *per se* znajduje się poza zasięgiem uregulowań wspólnotowych (zgodnie z zapisami Traktatu amsterdamskiego), to jest ona ośrodkiem oddziaływania wielu czynników w sposób pośredni. Cztery swobody Unii Europejskiej: przepływu towarów, usług, ludzi i kapitału wprowadzone w 1957 roku zapisami Traktatu rzymskiego wywarły ogromny wpływ na funkcjonowanie krajowych systemów ochrony zdrowia. Przykładem może tu być problematyka zwrotu kosztów świadczeń medycznych udzielonych obywatelowi w innym kraju UE, czy też wpływ dyrektywy dotyczącej limitu tygodniowego czasu pracy personelu medycznego [12].

Ostatnią grupą uwarunkowań w zakresie przemian społeczno-ekonomicznych wywierającą wpływ na funkcjonowanie szpitali są czynniki wynikające z rozwoju globalnego rynku działań badawczo-rozwojowych. Rozwój międzynarodowych koncernów farmaceutycznych, jak również wzrost roli przemysłu w finansowaniu badań naukowych mogą być źródłem presji, zwłaszcza w odniesieniu do szpitali klinicznych, które dysponują niezbędnymi do badań kohortami pacjentów. Z kolei wzrost znaczenia sektora badawczo-rozwojowego doprowadzi do pojawienia się konkurencji pomiędzy szpitalami prowadzącymi badania naukowe a działającymi dla zysku instytutami badawczymi. Bez odpowiednich inwestycji w infrastrukturę i rozwój zespołów badawczych szpitale mogą w przyszłości stracić na znaczeniu w dziedzinie prowadzenia badań naukowych [3].

Wszystkie opisane powyżej uwarunkowania przyczyniają się do ukształtowania europejskiego szpitala XXI wieku. Wymienione czynniki nie stanowią oczywiście zamkniętej listy, a jedynie wykaz tych, które już obecnie w znacznym stopniu oddziałują na sektor szpitalnictwa. Wiele zmiennych może się ujawnić w sposób nieprzewi-

dywalny (wybuch epidemii, pojawienie się nowej choroby, dokonanie przełomowego odkrycia w dziedzinie medycyny), a szpitale będą musiały się dostosować do nowych uwarunkowań.

Niemniej jednak obserwacja dotychczasowych trendów, jak również prognozy co do przyszłości pozwalają na sformułowanie tezy – funkcjonowania szpitala jako **nowoczesnego przedsiębiorstwa medycznego**. Dalsza presja ograniczenia kosztów oraz trend redukcji liczby łóżek szpitalnych pozwolą na ukierunkowanie szpitali na leczenie głównie trudnych, zagrażających życiu przypadków. Leczenie przypadków mniej skomplikowanych i schorzeń przewlekłych będzie natomiast stopniowo przejmowane przez ośrodki specjalizujące się w zabiegach chirurgii jednego dnia, różne formy opieki domowej oraz sektor usług opiekuńczych. Będzie to wymagać oczywiście rozwoju kompleksowych planów opieki oraz współpracy sektora medycznego i społeczno-opiekuńczego w ramach społeczności lokalnej. Działania takie są już obecnie podejmowane np. we Francji, gdzie próby ograniczenia kosztów opieki szpitalnej doprowadziły do rozwoju usług z zakresu tzw. hospitalizacji w warunkach domowych (HAD – *hospitalisation à domicile*)<sup>2</sup>. Z kolei w Holandii liczba tzw. niezależnych ośrodków leczenia specjalizujących się w prostych, planowych zabiegach chirurgicznych głównie z zakresu okulistyki, dermatologii, chirurgii ortopedycznej i kardiologii (realizowanych uprzednio przez szpitale) wzrosła w okresie 2000–2006 ponadpięciokrotnie [13].

Ukierunkowanie szpitali na leczenie przypadków ciężkich wymusi zmiany w zakresie wyposażenia i struktury organizacyjnej jednostek. Przykładowo wytyczne Holenderskiej Rady ds. Szpitalnictwa podkreślają znaczenie większej liczby interaktywnych sal operacyjnych (sal z przesuwными ścianami), układów pomieszczeń dostosowanych do sprawnego przemieszczania pacjenta oraz ograniczenia powierzchni służącej działaniom niemedyce jako głównych wyzwań w kontekście zmian architektonicznych [14, 15]. Z kolei zmiany w organizacji opieki powinny być skoncentrowane wokół wprowadzenia protokołów postępowania klinicznego, ścieżek ruchu pacjenta oraz grupowania pacjentów nie według specjalności medycznej, ale stopnia wymagalności opieki. Wymagać to będzie budowania interdyscyplinarnych zespołów opieki, zapewniających sprawną współpracę specjalistów różnych dziedzin oraz personelu pomocniczego [14, 16].

## Zasoby kadrowe – aktualne problemy

Nakreślone poniżej problemy kadr medycznych przedstawione są w ujęciu systemowym. Mimo iż polityka kadrowa szpitala jest realizowana na poziomie mikro, nie można jej skutecznie prowadzić, nie uwzględniając i nie analizując uwarunkowań, które determinują ilość i jakość kadr w systemie. Aby skutecznie planować i monitorować zatrudnienie w nowocześnie zarządzanym szpitalu, niezbędny jest dostęp do rzetelnych baz danych dotyczących kadr medycznych. Ważne jest także odpowiedzialne planowanie systemu szkolenia i motywowania

pracowników, co pozwoli na zapewnienie odpowiednio przygotowanej i zaangażowanej kadry medycznej, która będzie skutecznie i efektywnie realizować funkcje nowoczesnego szpitala.

Kadry medyczne są jednym z kluczowych zasobów decydujących o jakości i efektywności funkcjonowania podmiotów systemu opieki zdrowotnej. Analiza sytuacji kadr medycznych wskazuje na wiele problemów dotyczących pracowników ochrony zdrowia w krajach UE, a niektóre z nich są wspólne dla wszystkich krajów członkowskich. Starzenie się społeczeństwa oznacza, że personel medyczny również się starzeje, a liczba osób nowo zatrudnionych na miejsce pracowników odchodzących jest niewystarczająca. Fakt ten i wzrastająca presja racjonalizacji wydatkowania środków finansowych sprawiają, że w wielu szpitalach obserwowane są już niedobory kadrowe. Migracja wykwalifikowanych kadr medycznych, a także mobilność wewnątrz UE i poza jej granice mają również wpływ na rosnący niedobór pracowników w niektórych regionach. Ponadto aktualnymi problemami większości krajów są kwestie związane z kształceniem i szkoleniami zawodowymi, wynagradzaniem i zatrzymaniem pracowników na stanowiskach pracy. Stąd konieczność podjęcia wspólnych inicjatyw przeciwdziałających powyższym problemom. Opracowany przez Komisję Europejską dokument *European Commission Green Paper on the European Workforce for Health – Zielona Księga w sprawie pracowników ochrony zdrowia w Europie* [5] podejmuje próbę usystematyzowania działań ukierunkowanych na poprawę sytuacji pracowników ochrony zdrowia oraz przeciwdziałających dalszym niedoborom kadrowym w systemie. Spośród podstawowych czynników wpływających na sytuację pracowników ochrony zdrowia w *Zielonej Księdze* poddano analizie: zmiany demograficzne (zarówno w odniesieniu do starzejącego się społeczeństwa, jak również pracowników systemu zdrowotnego), możliwości w zakresie zdrowia publicznego, szkolenia, kierowanie mobilnością pracowników, globalną migracją oraz system gromadzenia danych wspierających podejmowanie decyzji przez kluczowych decydentów.

Od lat znany i niepokojący jest fakt niskiego poziomu wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Poziom i wysokość wynagrodzeń są jednym z podstawowych problemów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, kształtowanie poziomu płac zależy jednak od wielu czynników, w tym od możliwości finansowych państwa, poziomu i dynamiki płac w sektorze prywatnym, dynamiki kosztów utrzymania, siły związków zawodowych. Niskie wynagrodzenia pracowników, konieczność podejmowania pracy na kilku etatach, problemy w rozpoczynaniu specjalizacji, brak możliwości rozwoju zawodowego są główną przyczyną migracji zarobkowej lekarzy i pielęgniarek.

Zgodnie z informacjami publikowanymi w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia pt. *Human resources for health in the WHO European Region* systemy opieki zdrowotnej na całym świecie stoją w obliczu kryzysu, którego trzy główne przejawy to: braki w zakresie kadr medycznych, niskie morale pracowników ochrony zdrowia oraz brak zaufania społecznego do systemu zdrowia.

Wśród przyczyn tej sytuacji należy wymienić m.in.: niskie wynagrodzenia, niskie nakłady na edukację kadr medycznych, niekorzystne środowisko pracy. Zgodnie ze strategią WHO, przedstawioną w ww. dokumencie, w celu uporania się z problemami migracji międzynarodowej konieczne jest podjęcie działań zarówno w krajach źródłowych, krajach docelowych, jak i na arenie międzynarodowej. Wśród strategii w krajach źródłowych wymienia się m.in. dostosowanie szkoleń zawodowych do potrzeb rynku, polepszenie warunków zatrudnienia pracowników oraz ułatwienia pracownikom powrotu do kraju po okresie pracy za granicą. Strategie w krajach docelowych powinny się koncentrować na zastosowaniu odpowiedniej polityki rekrutacyjnej, zapewnieniu wsparcia pracownikom w krajach źródłowych oraz uczciwym traktowaniu pracowników z emigracji [1]. Wszystkie te postulaty powinny być uwzględniane także na poziomie polityki kadrowej szpitala.

### Podsumowanie oraz przykłady działań postulowanych dla polskiego sektora szpitalnictwa

Uwarunkowania funkcjonowania szpitali we współczesnej Europie mają niezwykle złożony i wielowymiarowy charakter. Nieustanna ewolucja systemów ochrony zdrowia, jak i zmiany w zakresie poszczególnych determinant wymuszają na szpitalach ciągle działania dostosowawcze. Dotychczasowe doświadczenia i trendy wskazują na rozwój „szpitali XXI wieku” – tj. nowoczesnych przedsiębiorstw medycznych, wykorzystujących innowacyjne technologie, zatrudniających multidyscyplinarne zespoły oraz skoncentrowanych na leczeniu ciężkich i nagłych przypadków. Postęp oraz zakres procesu zmian w sektorze szpitalnictwa poszczególnych krajów pozostaje jednak wypadkową uwarunkowań wynikających z konstrukcji i zasad funkcjonowania krajowych systemów ochrony zdrowia.

Polski sektor szpitalnictwa również podlega przedstawionym w ramach niniejszego artykułu uwarunkowaniom. Zjawisko migracji polskich lekarzy i pielęgniarek wymaga stałego monitorowania zarówno na szczeblu centralnym, jak i lokalnym. Dokładne oszacowanie skali migracji jest jednak trudne ze względu na niespójne i niekompletne dane dotyczące liczby osób, które faktycznie podjęły pracę poza granicami kraju [17]. Aby powstrzymać odpływ lekarzy i pielęgniarek do pracy w krajach UE, powinni oni otrzymać wyraźny sygnał, że decydenci i menedżerowie zajmują się ich problemami, proponując i wdrażając konkretne rozwiązania, także na poziomie szpitala [18]. Wśród głównych rekomendacji, których wdrożenie mogłoby poprawić sytuację pielęgniarstwa, jest skoncentrowanie się na redukcji i ograniczeniu znaczenia czynników stymulujących pielęgniarki do migracji. Konieczne jest więc podjęcie działań legislacyjnych, politycznych i systemowych ukierunkowanych na wzmocnienie pozycji i roli pielęgniarstwa w systemie, poprawa warunków wynagrodzenia, poprawa warunków pracy, stworzenie ścieżek kariery i możliwości rozwoju oraz podjęcie działań umożliwiających migrację wewnętrzną [19].

Nowym, ale bardzo ważnym polem działalności powinien być system działań ukierunkowanych na odzyskiwanie tych lekarzy i pielęgniarek, którzy zrezygnowali z wykonywania zawodu, czy też zawiesili swoją pracę w systemie opieki zdrowotnej. Mogą to być celowane programy szkoleniowe finansowane ze środków publicznych lub określone ułatwienia dla szpitali/pracodawców zatrudniających lekarzy i pielęgniarki powracających do zawodu [20].

Począwszy od naszego wejścia do Unii Europejskiej w 2004 roku, skutki tzw. europeizacji sektora zdrowia są coraz bardziej widoczne również w innych dziedzinach. W przypadku szpitali nie sposób tu pominąć roli funduszy strukturalnych (szacunkowe środki finansowe przeznaczone bezpośrednio dla sektora ochrony zdrowia na lata 2007–2013 sięgają w Polsce 1,5 mld euro). Szpitale mogą się starać o dofinansowanie różnego rodzaju przedsięwzięć: od kształcenia kadr medycznych począwszy, poprzez prowadzenie badań naukowych do typowych zakupów inwestycyjnych, a uzyskane wsparcie stanowi dla wielu jednostek podstawę działań rozwojowych.

Również proces redukcji liczby łóżek szpitalnych oraz postępującej komercjalizacji lecznictwa szpitalnego jest w naszym kraju przedmiotem aktualnych działań reformatorskich. W latach 1990–2010 bezwzględna liczba łóżek szpitalnych w Polsce zmalała z 218,6 tys. do 181,1 tys. Procesowi temu towarzyszył wzrost wartości wskaźnika liczby pacjentów przypadających na jedno łóżko z 21,3 do 43,7 z jednoczesnym skróceniem średniego okresu pobytu pacjenta z 12,5 do 5,7 dnia. Udział sektora prywatnego w podaży łóżek szpitalnych wykazywał na przestrzeni ostatniego dziesięciolecia trend stabilnego wzrostu, osiągając w 2010 roku 13,2% [21].

Proces komercjalizacji szpitali publicznych postępuje, a w związku z przyjęciem ustawy o działalności leczniczej<sup>3</sup> należy przypuszczać, iż na przestrzeni najbliższych lat nabierze on jeszcze większego znaczenia. Presja działań proefektywnościowych jest widoczna zarówno na poziomie centralnym, jak i w związku z postępującym wzmocnieniem roli i pozycji samorządu terytorialnego w zakresie organizacji sektora szpitalnictwa – na poziomie lokalnym. Rzetelna analiza doświadczeń innych krajów europejskich w dziedzinie organizacji oraz reform sektora szpitalnictwa może więc stanowić dla polskich decydentów polityki zdrowotnej źródło cennych wskazówek. Należy przy tym jednak pamiętać o specyfice krajowych uwarunkowań, które mogą ograniczać lub wręcz uniemożliwiać wdrożenie działań skutecznych w innych krajach.

Każdorazowa próba nakreślenia rekomendacji działań postulowanych powinna w sposób jasny określać odbiorców tychże rekomendacji oraz poziom realizacji działań. Kluczowe znaczenie ma tu rozróżnienie aktywności postulowanych do realizacji na poziomie samych szpitali (skala mikro), a tych o wymiarze systemowym (skala makro). Specyfika funkcjonowania jednostek opieki zdrowotnej polegająca na dużym zakresie odgórnych uregulowań, przepisów i systemu kontroli sprawia, iż najważniejsze jest stworzenie odpowiednich warunków i bodźców systemowych. Niezwykle ważne jest, aby jakiegokolwiek rozwiązania systemowe były wprowadzane



w sposób stopniowy, z zachowaniem właściwych okresów planistyczno-przygotowawczych, wdrożeniowych i ewaluacyjnych, a wszyscy aktorzy sektora zdrowia posiadali pełną wiedzę o kierunkach reform i docelowym kształcie systemu. Szczegółowa analiza specyfiki uwarunkowań funkcjonowania polskiego sektora szpitalnictwa wykracza daleko poza ramy niniejszego opracowania, dlatego też przedstawione poniżej rekomendacje odnoszą się głównie do oddolnych inicjatyw, które mogą być podejmowane na poziomie indywidualnych szpitali i/lub lokalnych systemów opieki zdrowotnej.

Bazując na doświadczeniach innych krajów europejskich, przy próbie nakreślenia rekomendacji działań postulowanych w odniesieniu do polskiego systemu szpitalnictwa na pierwszy plan wysuwa się potrzeba **budowy i rozwoju sieci szpitali**. Chodzi tu jednakże nie o podejmowane już w przeszłości (i niestety zaniechane) odgórne inicjatywy na poziomie systemowym<sup>4</sup>, lecz o oddolne działania realizowane przez indywidualne szpitale. W pierwszym przypadku duże znaczenie miało wprowadzenie elementów sterowności i koordynacji na poziomie systemu<sup>5</sup>, w drugim natomiast podkreśla się potrzebę eliminacji sytuacji dublowania na terenie danego obszaru dostarczania takiego samego profilu usług oraz nieefektywnego wykorzystywania zasobów opieki szpitalnej. Szpitale funkcjonujące w ramach sieci budowanych na drodze oddolnych inicjatyw prowadzą wspólną politykę w zakresie zamawiania i negocjacji cen dostaw leków i sprzętu, kreują wspólny wizerunek/markę sieci, wspierają się poprzez wymianę doświadczeń i *know-how* oraz wzajemnie uzupełniają w kontekście zakresu świadczonych usług<sup>6</sup>. Doświadczenia innych krajów wskazują na postępujący trend łączenia szpitali publicznych, w tym także uniwersyteckich. Jako przykład można podać brytyjski Sheffield Teaching Hospital<sup>7</sup> skupiający 5 szpitali, czy fińlandzki Hospital District of Helsinki and Uusimaa<sup>8</sup> łączący 21 jednostek. Wyłaniający się nowy model organizacyjny sieci szpitali stawia na kompleksowość opieki dostarczanej danej populacji, opierając się na współpracy, a nie konkurencji poszczególnych jednostek.

Biorąc pod uwagę specyfikę uwarunkowań polskiego systemu ochrony zdrowia, działaniem rekomendowanym jest tworzenie sieci/konsorcjów szpitali zarówno publicznych, jak i niepublicznych. Kluczowe znaczenie ma tu jednakże współpraca przedstawicieli właścicieli i/lub organów założycielskich szpitali z danego obszaru (np. województwa), która umożliwi tworzenie **regionalnych planów opieki szpitalnej**. Wprowadzenie elementów planowania zakresu i dostępności usług szpitalnych na poziomie regionalnym stanowi z kolei warunek brzegowy rozwoju współpracy z pozostałymi poziomami świadczeniodawców, a przede wszystkim podstawową opieką zdrowotną i sektorem usług opiekuńczych. Presja ograniczania kosztów sektora szpitalnictwa wymusza bowiem m.in. eliminację zjawiska przyjmowania przez szpitale pacjentów, w których przypadku wskazania medyczne nie uzasadniają potrzeby opieki szpitalnej (chodzi tu głównie o pacjentów w wieku podeszłym) [22]. Podążając za przykładem innych krajów (np. Francji), należy położyć większy nacisk na rozwój różnego rodzaju form

opieki w środowisku lokalnym, współpracę z organizacjami pozarządowymi i sektorem opieki społecznej.

Wśród rekomendacji odnoszących się już bezpośrednio do indywidualnych szpitali najważniejsze są **racjonalne decyzje inwestycyjne**. Uwarunkowania funkcjonowania współczesnych szpitali sprawiają, iż potencjał ich przetrwania i rozwoju jest uzależniony nie od liczby posiadanych łóżek, sprzętu czy rodzaju wyposażenia, lecz od zdolności do szybkiej adaptacji i zapewnienia maksymalnej elastyczności organizacyjnej<sup>9</sup>.

W celu zapewnienia odpowiedniej liczby i jakości kadry medycznej na poziomie szpitala szczegółowej analizie powinny być poddane uwarunkowania lokalnego rynku pracy i ogólne tendencje ekonomiczne, a także przewidywany popyt na realizowane świadczenia. Aby menedżer szpitala mógł efektywnie planować zasoby kadrowe w szpitalu, konieczna jest współpraca z innymi podmiotami zaangażowanymi w planowanie i kształcenie kadr. Postulowane działania powinny zmierzać w kierunku **stworzenia rzetelnych baz danych dotyczących kadr systemu** (z uwzględnieniem wieku pracowników w poszczególnych grupach zawodowych i specjalizacjach oraz rozmieszczeniem dostępnych kadr w ujęciu geograficznym).

W nowocześnie zarządzanym szpitalu realizującym funkcje przedstawione w Tabeli I, zarządzanie kadrami musi być procesem bardzo elastycznym i musi następować szybka reakcja na zmiany zachodzące wewnątrz szpitala i w jego otoczeniu. Szczególnie istotne jest wprowadzenie **modelu multidyscyplinarnych zespołów leczniczych**, które zapewnią kompleksową i ciągłą opiekę pacjentom.

Od lat nieuregulowanym problemem jest niski poziom wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Kształtowanie poziomu płac zależy jednak od wielu czynników, w tym od możliwości finansowych państwa, poziomu i dynamiki płac w sektorze prywatnym, dynamiki kosztów utrzymania, siły związków zawodowych. W ostatnich latach wyraźnej poprawie uległ poziom wynagrodzeń polskich lekarzy, nadal jednak kwestią konieczną do uregulowania są niskie wynagrodzenia pielęgniarek. Ważne jest, aby w nowym podejściu do zarządzania szpitalem umiejętnie **wykorzystywać także pozapłacowe formy motywacji** pracowników, m.in. poprzez zapewnienie możliwości rozwoju i szkoleń zawodowych pracowników, wsparcie procesu kształcenia ustawicznego, stworzenie przyjaznej atmosfery i warunków pracy.

Wskazane powyżej zalecenia stanowią jedynie wybrane przykłady działań rekomendowanych w odniesieniu do polskiego sektora szpitalnictwa. Specyfika uwarunkowań systemowych (regulacji prawnych, bodźców kreowanych przez mechanizm finansowania) może sprawić, iż zasadne okazuje się stwierdzenie: „działanie racjonalne, w systemie, który nie jest racjonalny, pozostaje działaniem nieracjonalnym...” [24]. Niemniej jednak obserwacja międzynarodowych trendów oraz analiza doświadczeń innych krajów może stanowić cenne źródło wiedzy zarówno dla polskich decydentów polityki zdrowotnej na poziomie centralnym, jak i menedżerów poszczególnych szpitali.

## Przypisy

<sup>1</sup> Przykładowo w Wielkiej Brytanii, Holandii i Finlandii procentowy udział zabiegów usunięcia żączy przeprowadzanych metodą chirurgii jednego dnia w okresie 1997–2004 wzrósł ponaddwukrotnie i wynosi obecnie ponad 90%, OECD Health Data 2008.

<sup>2</sup> Ośrodki zapewniające usługi z zakresu tzw. hospitalizacji w warunkach domowych (HAD – *hospitalisation à domicile*) to działające głównie jako jednostki przyszpitalne lub prywatne, stowarzyszenia *non-profit*. Świadczą one usługi o charakterze zarówno medycznym, jak i opiekuńczym przede wszystkim w zakresie opieki paliatywnej, chorób nowotworowych oraz opieki perinatalnej. Zgodnie z definicją przyjętą przez francuskie ministerstwo ds. zdrowia (Ministère de la santé) „opieka szpitalna w warunkach domowych” dotyczy pacjentów z poważnymi, przewlekłymi lub niestabilnymi stadiami choroby, którzy wymagają zapewnienia technicznej opieki medycznej o określonym poziomie złożoności i intensywności. Celem tej opieki jest uniknięcie/opóźnienie przyjęcia lub skrócenie pobytu pacjenta w szpitalu. Źródło: European Observatory on Health Systems and Policies, *France – health system review 2010*, WHO, Copenhagen 2010.

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).

<sup>4</sup> Jako przykład można podać przedłożony w 2006 roku projekt Ministerstwa Zdrowia, opracowany we współpracy z Państwowym Zakładem Higieny (przekazany do uzgodnień zewnętrznych 10.11.2006 roku), który zakładał stworzenie ogólnokrajowej sieci szpitali umożliwiającej dostosowanie ich struktury organizacyjnej oraz możliwości diagnostycznych i terapeutycznych do rzeczywistych potrzeb wynikających z warunków demograficznych i epidemiologicznych. Podstawowe znaczenie miało tu określenie wartości wskaźnika optymalnej liczby łóżek dla poszczególnych województw w podziale na specjalności medyczne. Oddziały szpitalne miały być sklasyfikowane do jednego z trzech poziomów referencyjnych (podstawowego, rozszerzonego lub wysokospecjalistycznego). Projekt zakładał także opracowanie na poziomie województw tzw. regionalnych planów opieki – pięcioletnich strategii określających kierunki rozwoju opieki szpitalnej (planowaną liczbę łóżek, harmonogram działań dostosowawczych wraz z szacunkowymi kosztami tych działań oraz wytyczne w zakresie przekształceń organizacyjnych).

<sup>5</sup> Argumenty użyte m.in. w: R.B. Saltman, A. Duran, H.F.W. Dubois (red.), *Governing public hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, European Observatory on Health System and Policies, Copenhagen 2011.

<sup>6</sup> Obecnie funkcjonują w naszym kraju sieci szpitali, głównie niepublicznych – jako przykłady można podać: EMC Instytut Medyczny S.A. z Wrocławia (zarządzający 9 szpitalami w Polsce – według stanu na październik 2012 roku, [www.emc-sa.pl](http://www.emc-sa.pl); dostęp: 30.01.2013) oraz Grupa Nowy Szpital Sp. z o.o., w skład której wchodzi sieć 12 szpitali – według stanu na październik 2012 roku, [www.nowyszpital.pl](http://www.nowyszpital.pl) (dostęp: 30.01.2013).

<sup>7</sup> [www.sth.nhs.uk](http://www.sth.nhs.uk) (dostęp: 30.01.2013).

<sup>8</sup> [www.hus.fi](http://www.hus.fi) (dostęp: 30.01.2013).

<sup>9</sup> Doświadczenia funkcjonowania polskiego systemu szpitalnictwa wskazują natomiast na częste przypadki podejmowa-

nia przez szpitale kosztownych inwestycji – zakupu sprzętu, aparatury medycznej, której potencjał nie jest wykorzystywany, a koszty bieżącej eksploatacji znacząco obciążają budżet jednostki. Źródło: S. Golinowska, Ch. Sowada, M. Tambor i wsp., *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2012: 80.

## Piśmiennictwo:

1. WHO, *Raport o stanie zdrowia na świecie 2006 – Wspólna praca na rzecz zdrowia*, WHO, Genewa 2006.
2. Rechel B., Wright S., Edwards N., Dowdeswell B., McKee M., *Investing in hospitals of the future*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Copenhagen 2009.
3. McKee M., Healy J., *Hospitals in changing Europe*, European Observatory on Health Care Systems, Policy Brief, WHO 2002.
4. HOPE (European Hospital and Healthcare Federation), *Hospitals in the 27 Member States of the European Union*, France 2009.
5. *European Commission Green Paper on the European Workforce for Health*, Brussels 2008.
6. OECD Health Data 2012.
7. Rudawska I., *Neoliberalne podejście do funkcjonowania sektora publicznego – próby adaptacji w opiece zdrowotnej*, w: Ryć K., Sobczak A. (red.), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010.
8. Rudawska I., *Opieka zdrowotna – aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
9. European Observatory on Health Systems and Policies, *France – Health System Review 2010*, WHO, Copenhagen 2010.
10. Jakab M., Preker A., Harding A., Hawkins L., *The Introduction of Market Forces in the Public Hospital Sector. From the New Public Management to Organizational Reform*, HNP World Bank 2002.
11. Harding A., Preker A., *Understanding Organizational reforms. The Corporatization of Public Hospitals*, HNP World Bank 2000.
12. Dyrektywa 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy (D.U. L 299, 18/11/2003 P. 0009 – 0019).
13. Bartholomeew Y., Maarse H., *Health Insurance reform in the Netherlands*, „Eurohealth” 2006; 12 (2): 7–9.
14. The Netherlands Board for Healthcare Institutions – The Netherlands Board for Hospital Facilities: *The General Hospital – building guidelines for new buildings*, October 2002.
15. The Netherlands Board for Healthcare Institutions, *Optimisation of operating room capacity* (report number 580), May 2005.
16. European Observatory on Health Systems and Policies, *Configuring the hospital for the 21st century*, Policy Brief no 5 – 2004.
17. Wismar M., Maier C.B., Glinos I.A., Dussault G., Figueras J., *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries*, European Observatory on Health Systems and Policies 2011.

18. Włodarczyk C., Domagała A., *Kadry medyczne opieki zdrowotnej. Niektóre problemy, postulowane działania*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych” 2011; 2: 29–41.
19. Wójcik G., Sienkiewicz Z., Wrońska I., *Migracja zawodowa personelu pielęgniarstwa jako nowe wyzwania dla systemów ochrony zdrowia*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007; 15, 2,3: 120–127.
20. Health Human Resources Modelling, *Challenging the Past, Creating the Future*, Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa, październik 2007.
21. Biuletyny Statystyczne Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2000–2011.
22. Golinowska S., Sowada Ch., Tambor M. i wsp., *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2012.
23. Saltman R.B., Duran A., Dubois H.F.W. (red.), *Governing public hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, European Observatory on Health System and Policies, Copenhagen 2011.
24. Holly R., Suchecka J. (red.), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka finansowa*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Łódź–Warszawa 2009.